



Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee
Tennessee Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002
800-332-2667

<http://www.tn.gov/workforce/article/medical-impairment-rating-mir-registry>

**DENUNCIA Y CONSENTIMIENTO DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD
MÉDICA (MIR)
MEDICAL IMPAIRMENT RATING (MIR) MEDICAL WAIVER AND CONSENT**

Yo, _____, habiendo presentado una reclamación para beneficios de
(Nombre en letra de molde Printed name)

compensación a trabajadores, por el presente denuncio cualquier privilegio de médico-paciente, psiquiátrico-paciente, quiropráctico-paciente que pueda tener y por el presente autorizo cualquier médico, psiquiátrico, quiropráctico, podólogo, hospital, o proveedor de cuidados de salud a que proporcione al médico MIR designado por la Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee con cualquier información o materia escrita razonablemente relacionado con mi lesión con relación a trabajo o a mi historia médica pertinente del pasado.

La autorización incluye, pero no se restringe al derecho de revisar y obtener copias de todos los registros, filme e informes de imágenes médicos, pruebas electrodiagnosticadas, registros del hospital, registros del centro quirúrgico, tablas médicas, recetas, diagnósticos, opiniones y cursos de tratamiento, y clasificaciones de discapacidad.

Esta autorización permanecerá válida por 180 días después de su realización. Un copia de fax o fotocopia de la autorización puede ser aceptada en lugar del original

I, _____, having filed a claim for workers' compensation benefits, do
Nombre en letra de molde (Printed name)

hereby waive any physician-patient, psychiatrist-patient, or chiropractor-patient privilege I may have and hereby authorize any physician, psychiatrist, chiropractor, podiatrist, hospital, or health care provider to furnish to the MIR physician designated by the Tennessee Bureau of Workers' Compensation any information or written material reasonably related to my work-related injury or my past relevant medical history.

The authorization includes, but is not restricted to, a right to review and obtain copies of all records, medical imaging films and reports, electrodiagnostic testing, hospital records, surgery center records, medical charts, prescriptions, diagnoses, opinions and course of treatment, and impairment ratings.

This authorization shall remain valid for 180 days following its execution. A fax or photocopy of the authorization may be accepted in lieu of the original.

Firmado en _____, Tennessee, hoy día el _____ del _____, de 20 _____.
Signed at _____, Tennessee, this _____ day of _____, 20 _____.

Firma
Signature

NSS
SSN

Testigo
Witness

Fecha
Date

Según el Código de Tennessee Anotado, cualquier médico, psiquiatrico, quiropráctico, podólogo, hospital, o proveedor de cuidados de salud o agencia del gobierno, deberá, dentro de plazo razonable no más de treinta (30) días, proporcionar al Coordinador del Programa MIR con cualquier información o registro médico autorizado arriba.

Pursuant to the Tennessee Code Annotated, any physician, psychiatrist, chiropractor, podiatrist, hospital or health care provider or governmental agency shall, within a reasonable time, not to exceed thirty (30) days, provide the MIR Program Coordinator with any information or medical records authorized above.